

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 13

DE LA
COLOSTOMIE ILIAQUE

PAR LE

Procédé de la double Ligature

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DEMARD

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Toulouse (Hte-Garonne), le 27 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 13

DE LA
COLOSTOMIE ILIAQUE

PAR LE

Procédé de la double Ligature

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DEMARD

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Toulouse (Hte-Garonne), le 27 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON. (A.)	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;
MM. ROUX et ROLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur OLLIER

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A Monsieur

le Professeur agrégé GANGOLPHE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne pouvons quitter cette belle cité lyonnaise sans acquitter les dettes de reconnaissance que nous y avons contractées pendant un séjour de 5 ans.

Et, d'abord, M. le professeur agrégé Gangolphe a droit à toute notre gratitude.

Après nous avoir inspiré l'idée de notre travail inaugural, il nous a communiqué les observations des malades de son service avec une extrême obligeance ; il n'a épargné ni son temps, ni sa peine, pour nous permettre de mener ce travail à bonne fin.

Pendant un an nous avons suivi avec assiduité le service de ce maître distingué. Nous sommes heureux de remercier ici M. le professeur Gangolphe de l'intérêt qu'il nous a toujours porté ainsi qu'à tous les élèves de son service.

Nous lui présentons l'hommage de notre profonde et sincère gratitude.

M. le professeur Ollier a eu la bonté d'accepter la présidence de notre thèse ; c'est un très grand honneur qu'il nous a fait.

Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le professeur agrégé Siraud et M. le docteur Albertin, chirurgien des hôpitaux, ont eu l'extrême obligeance de nous communiquer deux observations. Qu'ils nous permettent de leur exprimer nos plus vifs remerciements.

Nos camarades, les docteurs Anthony et Millet, ont bien voulu mettre à notre service leur talent de dessinateur pour nous faire les schémas que nous reproduisons. Nous les en remercions de tout cœur.

Nous assurons enfin de notre profonde gratitude tous ceux de nos maîtres civils et militaires qui nous ont témoigné quelque sympathie.

Merci, enfin, à nos camarades de promotion qui, par leur gaîté et leur cordiale amitié, ont contribué à nous faire trouver bien souvent les heures moins longues.

INTRODUCTION

La colostomie est une opération déjà bien ancienne. Elle fut pratiquée, dès le début du XIX^e siècle, par Littre, sous forme de colostomie iliaque.

Mais, quelques échecs opératoires dus à l'ignorance, à cette époque, des règles de l'antisepsie, firent brusquement substituer la colostomie lombaire à la colostomie iliaque.

Callisen fut le promoteur de la nouvelle méthode opératoire. Il obtint de meilleurs résultats que Littre, car il abordait l'intestin sans ouvrir la cavité péritonéale.

A sa suite, Amussat pratiqua un certain nombre d'anus lombaires. Il s'occupa même beaucoup de la question des anus artificiels. Mais, malgré ses travaux et ses divers succès opératoires, une certaine défiance persista toujours dans l'esprit des chirurgiens de la première partie du siècle, qui les détourna de la pratique de cette opération.

La crainte des chirurgiens du temps pour tout ce qui touchait à la chirurgie abdominale semble à elle

seule pouvoir nous expliquer ce fait. Il est bon, toutefois, pensons nous, d'y joindre l'absence de règles précises sur les indications de la colostomie. Sur ce sujet, chacun agissait un peu à sa guise, et il a fallu longtemps pour être à peu près fixé sur ce point. Ce n'est guère avant 1880 que nous voyons ébaucher, pour la première fois une ligne de conduite sur cette question.

On aurait pu croire qu'avec la découverte de la méthode antiseptique, permettant au chirurgien d'aborder le péritoine avec moins de crainte qu'autrefois, le nombre des colostomies s'élèverait sensiblement dans les dernières années du siècle. Les anus artificiels ont été certainement pratiqués plus souvent et par un plus grand nombre d'opérateurs en ces derniers temps. Mais, en réalité, leur nombre ne s'est guère accru, au moins jusque vers 1880. Depuis cette date, surtout après les règles posées en 1890, par le docteur Reclus, tous les chirurgiens furent fixés sur le point où l'on devait inciser et ouvrir l'intestin. L'anús iliaque reprit, à l'aide de la méthode antiseptique, la priorité d'une manière définitive sur l'anús lombaire.

Dès lors la question de la colostomie entre, pour ainsi dire dans une phase nouvelle. On s'occupe plus spécialement de l'étude du procédé opératoire. Créer un anus iliaque, sans faire courir de grands dangers au malade, est déjà un résultat, mais un résultat insuffisant. Pour être satisfait d'une telle opération, il faut encore que l'anús créé soit aussi peu gênant que possible, continent autant que faire

se peut, que toutes les matières passent bien par l'orifice artificiellement ouvert.

Il faut enfin chercher à éviter ou, au moins, à rendre extrêmement rares les complications ordinaires de la chirurgie intestinale, telles que prolapsus, éven-trations, etc.

C'est pour répondre à tous ces desiderata qu'ont été imaginés les divers procédés de colostomie ilia-que. Littre, Callisen, Amussat ont décrit et mis les premiers en pratique plutôt une méthode que des procédés. L'étude des divers procédés de colostomie ne remonte guère avant 1880.

C'est de cette étude que nous allons nous occuper. Nous allons décrire un procédé récent, celui de la double ligature. Nous l'avons vu mettre en pratique par notre maître, M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Nous avons été frappé des bons résultats obtenus par ce manuel opératoire.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre dans ce mémoire qui comprend cinq chapitres :

CHAPITRE PREMIER. — Indications générales de la colostomie.

CHAPITRE II. — Description des principaux procédés de colostomie.

CHAPITRE III. — Critique de ces procédés.

CHAPITRE IV. — Technique du procédé de la double ligature.

CHAPITRE V. — Observations et résultats.

CHAPITRE PREMIER

Indications de la Colostomie

La grande indication de la colostomie est évidemment le cancer du rectum. Nous nous contentons de citer le fait et nous ne décrivons pas les diverses formes de néoplasmes qui peuvent envahir cet organe. Cette étude anatomo-pathologique, bien que très intéressante, nous pousserait trop loin et nous écarterait du point capital de notre sujet qui a trait, avant tout, à la médecine opératoire.

Nous joindrons encore au cancer du rectum, comme susceptibles d'être traités par la colostomie, tous les rétrécissements du rectum, de quelque nature qu'ils soient, très étendus et contre lesquels on ne peut lutter par la dilatation ou la simple extirpation, suivie de l'application d'une sonde à demeure, autour de laquelle se reforme le nouveau canal intestinal.

Tous les chirurgiens semblent bien d'accord aujourd'hui sur ces indications.

Mais quelques-uns, cependant, frappés surtout par cette idée qu'ils ne peuvent, par la colostomie, procurer la guérison à leurs malades qu'au prix d'une nouvelle infirmité, se sont préoccupés de chercher une solution meilleure. Ils ont essayé de rendre temporaire la nouvelle infirmité du malade, en créant chez lui un anus n'occupant pas tout le calibre de l'intestin et permettant de rétablir un jour le cours normal des matières. Certains procédés opératoires sont même imaginés dans ce but.

C'est là, croyons-nous, une préoccupation inutile, plutôt même nuisible au malade.

Pour pouvoir, en effet, rétablir le cours des matières, dans un cas de cancer du rectum ou de rétrécissement très étendu de cet organe, on s'expose alors à ne pas enlever le néoplasme ou le tissu cicatriciel dans sa totalité, afin de ne pas produire de trop grands délabrements, et, par suite, on a un nouvel anus qui, pour occasionner moins de gêne au malade qu'avant l'intervention, n'en continue pas moins à être une cause de douleurs. On s'expose à voir presque fatalement l'obstacle récidiver au point initial et tout est dès lors à recommencer, si l'état général du malade le permet encore.

Nous pensons qu'en pareil cas, lorsque la colostomie est décidée, lorsqu'on ne peut recourir à aucune autre intervention, il faut, sans hésitation, pratiquer d'emblée un anus définitif, pour ne pas s'exposer aux complications que nous venons de citer. C'est à M. le professeur agrégé Gangolphe que revient l'honneur d'avoir, le premier, insisté sur

ce point. Tous les auteurs, en effet, sont d'accord depuis longtemps sur le fait que la dérivation des matières doit être faite d'emblée dans le cas de cancer du rectum. M. le professeur Pollosson, dès 1884, a développé cette idée, mais sans préciser si cette dérivation devait être obtenue à l'aide d'un anus artificiel définitif et à l'aide de son procédé imaginé alors dans ce but.

Dans la séance de la Société de Chirurgie de Lyon du 1^{er} juillet 1897, M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux, a confirmé par des exemples les conclusions du docteur Gangolphe ayant trait à l'anus définitif. M. Nové-Josserand, dans deux cas, a tenté de reconstituer le rectum après son ablation pour cancer, en utilisant non pas la suture bout à bout, qui est généralement abandonnée, mais l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, suivant la méthode de Hochenegg. Malgré toutes les précautions possibles, la réascension de l'intestin s'est faite vers le dixième jour causant une fois la mort du malade et, dans le second cas, ayant pour conséquence une large fistule sacrée.

Nous pensons donc que l'anus définitif doit être établi de suite, sans arrière-pensée, et le procédé de la double ligature permet de créer cet anus d'une façon aussi parfaite que possible. Mais ceci n'empêche pas de pratiquer, après une colostomie préalable, l'extirpation totale du néoplasme ou du rétrécissement toutes les fois que la chose est possible, c'est-à-dire, lorsque, pour le cancer, la généralisation aux ganglions n'est pas commencée, et lorsque, pour

n'importe quel obstacle, son extirpation n'entraîne pas de trop grands délabrements.

Dans ce cas, la **colostomie** doit être considérée comme une *opération définitive*. Le **malade** garde à tout jamais son anus artificiel, mais, dans le **cas de cancer**, on peut espérer la guérison, puisque le néoplasme a été enlevé dans sa totalité, et, dans le cas de rétrécissement non cancéreux, la guérison est certaine.

Nous croyons aussi que la colostomie iliaque est indiquée, même lorsque les phénomènes de généralisation cancéreuse ont commencé. En pareil cas, ce n'est plus une guérison que l'on peut espérer, mais c'est une suppression totale des douleurs atroces occasionnées par le passage des matières au niveau du néoplasme. Le fait est certain. Dès que la dérivation des matières est effectuée définitivement, les malades éprouvent un extrême soulagement. Ce résultat, croyons-nous, pour n'être pas des plus consolants, doit être pris cependant en sérieuse considération.

Lorsque nous sommes en présence d'un malade atteint d'un vaste néoplasme rectal, souffrant horriblement et voué fatalement à une mort prochaine, nous serions, pensons-nous, coupables de ne pas user de notre influence pour lui faire accepter la colostomie. Nous devons, bien entendu, prévenir le malade et son entourage, que nous ne prétendons point lui procurer une guérison définitive, mais que nous mettrons certainement un terme à ses souffrances en les faisant disparaître ou en les atténuant considé-

rablement. Cette dernière réserve est, toutefois, indispensable, car dans l'esprit de tous les malades qui dit opération dit guérison. Et il ne faudrait pas laisser croire au malade qu'on va radicalement le guérir, alors que l'on sait pertinemment le contraire. Les malades, d'ailleurs, éprouvent de telles douleurs en pareil cas, qu'aux seuls mots de soulagement, d'atténuation des souffrances, ils se soumettent très volontiers à l'intervention qu'on leur propose.

Enfin, en plus de la suppression ou de la diminution des douleurs, à laquelle nous attachons une très grande importance, l'anus artificiel définitif peut encore faire bénéficier les malades d'une survie plus ou moins longue, suivant leur état général, leur résistance individuelle et la marche plus ou moins rapide du cancer.

Nous montrerons, dans nos observations, que ces survies ne sont pas un leurre, et que tous les opérés en profitent plus ou moins.

Nous avons terminé maintenant ce qui a trait aux indications de la colostomie, nous avons exposé notre façon de comprendre cette intervention, nous allons aborder à présent l'étude des procédés employés pour pratiquer cette opération.

CHAPITRE II

Description des principaux procédés de colostomie.

Les procédés de colostomie iliaque sont excessivement nombreux.

On peut, très nettement, les classer en deux grands groupes :

Procédés en un temps et procédés en deux temps.

Le point capital qui différencie, en effet, les divers procédés de colostomie, est basé sur ce fait que, dans les uns, on ouvre immédiatement l'intestin pendant l'opération, tandis que dans les autres, on fixe l'intestin à la paroi et on ne l'ouvre que dans les jours suivants, à des intervalles variables selon chaque opérateur.

Nous allons donc passer en revue la technique de tous ces procédés, en commençant par les plus anciens en date, c'est-à-dire les procédés en un temps.

1^o PROCÉDÉS EN UN TEMPS

a). *Procédé de Nélaton*. — Ce procédé est le plus ancien, il se rapproche beaucoup de l'opération primitive de Littre. Il consiste en 4 temps, nettement différenciés :

1^o Incision longitudinale de 6 centimètres sur le côté gauche de l'abdomen, au niveau présumé de l'S iliaque.

2^o Ouverture du péritoine sur une largeur de 5 cent.

3^o Couronne de 15 à 20 points de suture, fixant la tunique séreuse et musculuse de l'intestin au péritoine et à la peau.

4^o Incision de l'intestin au thermo-cautère, sitôt après avoir terminé les sutures.

b). *Procédé de Verneuil*. — Verneuil a adopté la technique générale du procédé de Nélaton, mais il y a apporté cependant quelques modifications très importantes, relatées dans une thèse de Montpellier, 1888 (Molinié, thèse de Montpellier, 1888).

Ces modifications consistent : 1^o) à pratiquer une incision partant du tiers externe avec les deux tiers internes de l'arcade de Fallope, pour se diriger vers l'ombilic, c'est-à-dire un peu oblique. On coupe ainsi perpendiculairement à leur direction, les fibres du grand oblique.

2^o) A créer un éperon et à forcer ainsi le bol fécal à passer tout entier par l'anus artificiel.

3^o) A laisser le bout intermédiaire accessible au niveau de l'anus actif, de façon à pouvoir le débarrasser par des lavages des matières qui s'y produisent.

4°) A combattre le rétrécissement, grâce à l'obliquité donnée à la direction de l'incision.

c). *Procédé de Pollosson*.—Le D^r Pollosson fait l'incision classique de Littre, mais, après avoir attiré l'intestin, il le sectionne complètement, obture le bout inférieur après invagination, et le laisse retomber dans l'intestin. Le bout supérieur est fixé dans l'angle de la plaie.

Ce procédé a été mis en pratique, pour la première fois en France, par M. le professeur Maurice Pollosson, en 1883 ; un de ses élèves, M. le docteur Laguaite le décrit dans sa thèse en 1884, et l'indique comme le procédé de choix dans la dérivation complète du cours des matières, appliquée au traitement du cancer du rectum.

Madelung, en Allemagne, a employé ce procédé vers 1884 également. Mais la priorité en revient au professeur Pollosson, car dans la thèse de Laguaite nous relevons nombre de faits antérieurs à 1884.

II°. — PROCÉDÉS EN DEUX TEMPS

Les procédés en deux temps sont les plus nombreux. Dans ces dernières années surtout il semble que la préférence leur a été définitivement accordée sur les procédés en un temps.

a) *Procédé de Knie*.—Knie, de Moscou, opère ainsi. Après avoir ouvert l'abdomen entre l'appendice typhoïde et l'ombilic, sur une étendue de six centimètres et obliquement, il suture les lèvres de la plaie au péritoine pariétal. Le colon est alors extrait et à travers le meso-colon, on fait une ouverture en épargnant

les vaisseaux qui s'y distribuent. Au dessous de l'intestin on ferme la cavité abdominale par deux ou trois points de suture. Le colon, ainsi prolabé, est cousu à droite et à gauche aux angles de la plaie. L'intestin reste fixé pour ainsi dire à cheval sur un pont formé par les téguments.

Au bout de 4 à 6 jours l'intestin est sectionné ou réséqué.

b) Procédé de Maydl. — Le procédé de Maydl est publié dans le *Centralblatt für Chirurgie* de 1888. Maydl ouvre l'abdomen par l'incision de Littre ; il tire à l'extérieur une partie mobile du gros intestin (Siliaque autant que possible). L'anse est tirée au dehors jusqu'à ce que l'insertion mésentérique vienne au contact avec la plaie abdominale. Il fait alors une ouverture avec un instrument mousse dans le mésentère, le plus près possible de l'intestin et, sans le blesser, il y passe une sonde en caoutchouc durci entourée de gaze iodoformée. De cette façon l'intestin est solidement fixé à l'extérieur et n'a aucune tendance à disparaître dans l'abdomen.

A ce moment les deux bouts de l'intestin, toujours intacts, sont cousus l'un à l'autre sur toute l'étendue qui fait hernie hors de l'abdomen, ils sont donc accolés comme les deux canons d'un fusil à deux coups. Ces sutures comprennent musculuse et séreuse ; elles sont placées sur deux rangées, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'intestin. Le péritoine pariétal est également suturé tout autour des lèvres de l'incision.

Vers le 4^e jour, si le ventre est ballonné, on peut faire une ouverture très étroite pour donner issue au gaz.

Vers le 14^e jour, tout s'étant bien passé, Maydl ouvre largement au thermo-cautère en sectionnant l'intestin dans le tiers de son calibre et perpendiculairement à son grand axe. Il place dans chacune des lumières un gros drain et procède au lavage qui demande quelquefois, pour être complet, plusieurs jours.

c) Procédé de Reclus. — Reclus fait aussi l'incision de Littre. Il saisit et attire au dehors une anse intestinale comme dans le procédé de Maydl; il passe sous l'intestin une sonde en caoutchouc durci.

L'opération de Reclus diffère de celle de Maydl en ce que :

1^o La sonde en caoutchouc durci n'est pas entourée de gaze iodoformée, mais rendue aseptique par l'étuve ou une solution antiseptique;

2^o) Cette sonde est fixée par des bandelettes collodionnées.

3^o) La suture des deux bouts de l'intestin l'un à l'autre et les sutures en couronne autour de l'anus ne sont pas pratiquées.

4^o) La petite ouverture du 4^e jour est rejetée.

5^o) L'incision de l'intestin au 14^e jour est faite au 6^e.

6^o) Aucun lavage n'est fait.

7^o) Le drainage de Maydl est supprimé comme irritant inutilement la muqueuse.

8^o) La suture de la muqueuse est négligée alors que les adhérences se sont déjà faites.

d) *Procédé de Schwartz*. — Schwartz opère en faisant l'incision de Littre. Il attire ensuite une anse intestinale au dehors. Il fait la transfixion du mésentère au moyen d'une sonde rigide et aseptique et fixe à l'aide de bandelettes collodionnées, comme Reclus. Le 7^e ou 8^e jour, quand il s'est formé des adhérences, il fait au thermo-cautère une incision transversale comprenant tout le calibre de l'intestin jusqu'au contact de la sonde qui se trouve dégagée et tombe d'elle-même. « Peu à peu, dit M. Schwartz, les deux bouts de l'intestin, séparés par un petit intervalle, s'affaissent et l'on voit alors deux orifices : l'un droit, l'autre gauche. L'un qui fournit les matières et conduit dans le bout supérieur, l'autre qui est celui du bout inférieur et par lequel on pratique de temps en temps des lavages. »

e) *Procédé de Desguin*. — Dans les *Annales de la Société belge de Chirurgie* du 15 mai 1893, Desguin rapporte trois colostomies iliaques, qu'il a pratiquées d'après le procédé suivant :

Après avoir fait une incision de l'abdomen aussi petite que possible, on extrait l'anse intestinale et, avec une sonde cannelée, on perfore le méso près de son insertion à l'intestin. Puis, au lieu d'appliquer les aiguilles de Verneuil, on réunit, par un point de suture, au travers du méso, le milieu des deux lèvres de l'incision cutanée. Pour placer ce fil, une aiguille de Reverdin perce d'abord la lèvre cutanée gauche, à

six ou huit centimètres de son bord et, parcourant la rainure de la sonde cannelée, va traverser l'autre lèvre. On la charge d'un fort fil de soie qu'elle ramène jusqu'au côté gauche. Avec la même aiguille, on va rechercher l'autre bout du fil que l'on ramène de la même façon au travers de méso-colon. La sonde est retirée et le fil noué et serré jusqu'à ce que l'on voie le tube intestinal bien près dans la double boutonnière formée. Un point de suture en haut et en bas, cutané-intestinal, complète la fixation.

f) Procédé d'Audry. — Faisant une incision ayant la forme suivante  comprenant simplement la peau, la tissu cellulaire sous-cutané et l'épaisseur du grand oblique, Audry conseille de sectionner suivant une ligne droite le petit oblique, le transverse et le péritoine. On a ainsi une sorte de volet mobile de bas en haut. L'anse iliaque est alors herniée, puis, par une boutonnière faite à son méso, on fait un premier plan de suture du péritoine, puis des muscles de la paroi. Le volet cutané-aponévrotique est alors passé, à son tour, par la boutonnière et suturé. L'anse du colon est donc à cheval sur un véritable pont, formé de toute la paroi abdominale reconstituée.

Jeannel pratique, depuis 1894, l'opération d'Audry que celui-ci décrit d'après des recherches sur le cadavre.

Jeannel pense que le plan de suture péritonéal est inutile et que le lambeau cutané n'a pas besoin de comprendre l'aponévrose du grand oblique.

g) *Procédé de Frank.* — Burckardt rapporte trois colostomies faites par Frank, de la façon suivante :

Ce procédé consiste à pratiquer un anus iliaque, en faisant passer l'intestin à travers une boutonnière du droit et sous un pont cutané ménagé en dehors de l'incision.

Ce procédé aurait l'avantage de fournir un anus continent, grâce aux fibres du droit qui agissent à la façon d'un sphincter, grâce aussi à la coudure que subit l'anse quand on le fait passer sous le pont cutané.

h) *Procédé de Roux, de Lausanne.* — Mlle Von Mayer, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* de janvier 1898, rapporte que le docteur Roux, depuis décembre 1895, ne pratique plus, en cas de cancer du rectum, qu'un anus symphysien à titre définitif ou temporaire.

Il fait une incision médiane, de 5 à 10 centimètres, dans la région hypogastrique empiétant d'emblée sur le pubis. Sans désinsérer les muscles droits, il taille une encoche en U à 2 centimètres au moins dans la symphyse. Il ouvre le péritoine, attire une anse de l'S iliaque, la couche verticalement dans l'U de façon que les 4/5 supérieurs de l'encoche soient occupés par la branche afférente de l'intestin, celle qui servira d'anus proprement dit. La branche afférente n'occupe que le dernier cinquième, elle est aplatie et mise ainsi hors de fonctions. Il maintient cette anse hors du ventre par une sonde cannelée passée au

travers de l'insertion du mésentère. Il applique deux couronnes de suture à la soie pour fixer à l'os en bas, aux muscles droits en haut. On referme le reste de l'incision par une suture étagée. Sauf urgence on attend 48 heures pour ouvrir l'intestin.

En cas d'anus temporaire on ne fait qu'une simple incision parallèle à l'axe du bout afférent ; s'il s'agit d'un anus définitif on enlève tout l'ovale intestinal visible entre les lèvres de la peau.

CHAPITRE III

Critique des procédés de colostomie

Après avoir exposé tous les procédés de colostomie nous allons nous demander quels sont ceux qui se recommandent plus spécialement par leurs avantages et ceux, au contraire, qu'il faut rejeter à cause de leurs trop nombreux inconvénients.

Une première question doit se poser ? A quels procédés accorderons-nous la supériorité ; aux procédés en un temps ou aux procédés en deux temps ?

Nous répondrons sans hésitation que les derniers sont de beaucoup supérieurs aux premiers et que l'on doit recourir à eux toutes les fois qu'on le peut.

Mais il est incontestable que les procédés en un temps, bien qu'inférieurs aux autres, ne peuvent être complètement, et pour tous les cas rejetés. Ils peuvent rendre de très grands services et être même les seuls pratiques dans des cas urgents, lorsqu'il faut sans retard ouvrir un anus artificiel chez un malade qui présente des phénomènes généraux graves, tels que ceux de l'occlusion intestinale, par exemple.

Donc, lorsqu'il faut à tout prix agir vite, pas d'hésitation possible, on doit recourir aux procédés en un temps.

Procédé de Verneuil. — Et parmi les procédés en un temps il faut, croyons-nous, donner la préférence au procédé de Verneuil. Ce procédé est aussi simple que celui de Nélaton, aussi rapide et permet d'obtenir, en effet, un résultat fonctionnel plus satisfaisant.

La création d'un éperon est son avantage le plus sérieux, car les matières passent à peu près en totalité par l'orifice ouvert et ne peuvent plus arriver au niveau de la tumeur rectale.

Le procédé de Verneuil essaye aussi de lutter contre le rétrécissement en employant une incision oblique ; il permet enfin de faire le lavage du bout inférieur en le laissant accessible au niveau de l'anus actif.

Si nous examinons les résultats obtenus avec ce procédé, nous voyons :

Sur trois observations rapportées par Molinié (1888) :

Une mort au quatrième jour.

Une survie de 33 jours après l'opération.

Une guérison complète sept mois après l'opération.

Dans huit observations de Buhot (1885), nous trouvons :

Deux morts, dix jours après l'opération.

Une mort un mois après l'opération.

Les six autres malades ont été revus sept et huit mois après l'opération. La guérison était obtenue.

Mais sur ces six malades on notait quatre prolapsus, pas de rétrécissements.

Procédé Pollosson. — Si un des principaux buts à obtenir avec la colostomie est d'éviter le contact des matières et du néoplasme ou du rétrécissement rectal, pourquoi ne pas employer le procédé Pollosson, dans lequel on sectionne complètement l'intestin.

Dans ce cas pas de doute. Le bol fécal n'arrivera plus au contact du point douloureux. Mais les résultats défectueux sont venus montrer que le procédé Pollosson ne donnait pas ce qu'on pouvait espérer. Un gros inconvénient de ce procédé, c'est que la portion du rectum située entre le rétrécissement et la suture continue à sécréter des produits dont l'accumulation pressant sur la tumeur, produit des douleurs en tout semblables à celles qui existaient avant l'opération. En d'autres termes, d'après ce procédé, on renferme les mucosités dans un cul-de-sac et on leur interdit toute issue. C'est aller à l'encontre du but que l'on se propose.

Par conséquent, lorsqu'on constate chez un malade des phénomènes pressants, lorsqu'il y a urgence de dérivation du cours des matières, c'est le procédé de Verneuil que l'on doit choisir.

Mais, étant donné que la colostomie se pratique surtout chez des cancéreux, les cas urgents dont nous venons de parler sont rares. Ils sont exceptionnels. Il faut les citer mais il convient surtout de s'occuper des cas où le chirurgien a du temps devant lui et peut opérer comme il l'entend,

Dans ces derniers cas qui sont de beaucoup les plus nombreux, il est certainement préférable de recourir aux procédés en deux temps.

D'abord les procédés en un temps offrent un grand danger immédiat.

En effet, on suture, l'intestin au péritoine et à la peau, puis on l'ouvre de suite. Les matières fécales courent donc le risque de se trouver au contact du péritoine, si quelque point de suture vient à lâcher, et la conséquence de ce fait est une péritonite mortelle.

Dans les statistiques relatives au procédé de Verneuil, sur onze malades opérés, nous avons constaté un mort quatre jours après l'opération et deux morts dix jours après l'opération.

Ces trois décès nous semblent bien être imputables à une péritonite, ou à une infection quelconque.

Avec les procédés à deux temps, au contraire, ce danger n'existe pas. On fait aussi des sutures de l'intestin avec le péritoine et la peau, mais on attend, pour ouvrir l'intestin, que des adhérences suffisamment solides se soient formées, qui empêchent toute communication entre le contenu intestinal et le péritoine.

Donc, pas de danger de péritonite dans les procédés en deux temps.

Et pourquoi voudrait-on alors, lorsque rien ne presse, faire courir aux malades le danger d'une pareille infection?

Voilà un argument qui milite singulièrement en faveur des procédés en deux temps.

Ces procédés, d'ailleurs, qui offrent pour les malades une plus grande sécurité, permettent de plus au chirurgien de suivre un manuel opératoire conforme à ses idées sur la question et, par conséquent, les résultats d'une telle intervention raisonnée sont forcément préférables à ceux d'une opération d'urgence, si bien faite qu'elle soit.

Voyons, à présent, quels sont les avantages et les inconvénients des procédés en deux temps.

PROCÉDÉS EN DEUX TEMPS

Procédé de Knie. — Nous n'insisterons guère sur le procédé de Knie, généralement délaissé à l'heure actuelle. Ce procédé nécessite, en effet, une partie intestinale très mobile que l'on ne peut trouver que sur le colon transverse et un anus placé à ce niveau est excessivement gênant.

Procédé de Maydl. — Nous serons moins bref sur le procédé de Maydl. Ce procédé a été très employé, dans ces dernières années, par son auteur et beaucoup d'autres chirurgiens. Jeannel, en France, l'a mis plusieurs fois en pratique et ne s'en est pas mal trouvé.

On crée ainsi un éperon, comme avec le procédé de Verneuil, la dérivation des matières est bien obtenue, mais on ne peut jamais être sûr qu'une partie du bol fécal, et surtout des liquides, ne franchiront pas l'éperon, si prononcé qu'il soit, pour passer dans la portion de l'intestin située au-dessous de l'anus artificiel. On n'obtient, avec ce procédé, qu'une sécurité tout à fait relative.

M. le professeur agrégé Kirmisson a objecté que l'opération de Maydl est irrationnelle et qu'elle expose à l'issue des intestins.

Cette issue ne s'est jamais vue. Maydl a constaté au contraire, deux fois l'opposé. L'intestin rentra, dans l'abdomen parce qu'il était mal fixé.

Cette objection ne nous paraît guère justifiée. Nous ne considérons pas non plus comme un inconvénient sérieux l'obstruction qui persiste avec le procédé de Maydl jusqu'à l'accomplissement du 2^e temps. En fait, aucun accident d'obstruction n'a jamais été observé et le malade ressent du bien être avant l'ouverture de l'intestin, ce qui lui permet de prendre patience.

Un reproche plus sérieux, sur lequel on n'a guère insisté, c'est que le procédé de Maydl est compliqué. L'opération est longue. Enfin, Maydl n'ouvre l'intestin que le 14^e jour. Ce délai nous semble trop long malgré l'ouverture étroite pratiquée le 4^e jour pour donner issue aux gaz.

Malgré ces objections, nous pensons que le procédé de Maydl est assez rationnel; il met d'une façon certaine à l'abri de l'infection et il n'a pas donné de mauvais résultats aux chirurgiens qui l'ont employé. C'est à ce procédé que l'on a recouru le plus souvent, ces dernières années, pour pratiquer les anus iliaques. Nous voyons quelques auteurs l'indiquer comme le procédé de choix pour obtenir la dérivation des matières, dans les travaux qui ne touchent qu'indirectement à la question de la colostomie (1).

(1) LABORDÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1891.

Procédé de Reclus. — Au point de vue du passage possible des matières du bout supérieur dans le bout inférieur nous ferons le même reproche au procédé de Reclus qu'à celui de Maydl. Reclus n'a apporté aucune modification à ce sujet. Il a rendu le procédé de Maydl plus rapide en simplifiant un peu le manuel opératoire de ce dernier ; il a porté l'incision de l'intestin du 14^e jour au 6^e, ce qui est un réel progrès, mais insuffisant encore.

Procédé de Schwartz. — Schwartz nous semble avoir apporté une modification très heureuse au procédé de Maydl et de Reclus en sectionnant complètement l'intestin. Les matières sont ainsi forcées de passer par l'anus artificiel, le chemin se trouvant définitivement interrompu entre le bout supérieur et le bout inférieur. Nous reprocherons à ce procédé de se servir d'un manuel opératoire trop compliqué, identique à celui du procédé à éperon. Le même résultat peut être obtenu par des moyens bien plus rapides. L'ouverture de l'intestin n'est pratiquée, par Schwartz qu'au 8^e jour, ce qui est beaucoup trop long.

Procédé de Desguin. — Quant au procédé de Desguin, il ne consiste qu'en une simple modification, remplaçant les points de suture par une sorte de pont cutané au dessus duquel est fixé ensuite l'intestin. De cette façon l'infection n'est pas plus sûrement évitée. Ce n'est là qu'une modification de détail, qui ne nous semble pas avoir une importance bien capitale.

Procédé d'Audry. — Le professeur Audry prétend qu'avec son procédé on évite l'inconvénient du pro-

cédé de Maydl de ne pas pouvoir ouvrir l'intestin immédiatement. Audry opère en deux temps, mais il pense qu'avec son procédé on pourrait, aussitôt après l'exécution de la méthode faire l'ouverture partielle et l'évacuation de l'intestin.

Il est certain qu'avec le pont cutané, pratiqué par Audry, et supérieur à celui de Desguin, les chances d'infection sont assez peu considérables. Mais la sécurité n'est pas absolue, l'infection peut tout de même se faire par les angles de la plaie, par la ligne même de l'incision.

Audry pense aussi qu'avec son procédé l'anse intestinale à cheval sur le pont cutané conserve sa vitalité et peut au besoin permettre le rétablissement du cours normal des matières, si on le juge à propos. Nous avons exposé plus haut notre façon de voir à ce sujet, nous considérons comme dangereuse une pareille conduite.

D'après nous, ou il ne faut pas pratiquer de colostomie, ou bien, si l'on s'y décide, il faut faire sans hésitation un anus définitif.

Enfin, nous terminerons ce qui se rapporte au procédé d'Audry en faisant remarquer que l'anse intestinale à cheval sur le pont cutané, prédispose certainement au prolapsus, et que cette anse elle-même est exposée à de nombreux chocs et aux pressions.

Procédé de Franck. — Frank a essayé de rendre continant l'anus artificiel en faisant passer l'anse intestinale à travers une boutonnière du droit. Burc-

kardt, qui rapporte deux observations de malades opérés dans ces conditions, dit que dans les deux cas, le résultat a été des plus manifestes. Le résultat a pu paraître bon, dans les jours ou le premier mois qui a suivi l'opération, mais nous ne croyons pas qu'un tel résultat puisse se maintenir. A la longue, les fibres musculaires s'atrophient autour de la boutonnière formée et sont loin de jouer le rôle qu'on leur prête. L'épreuve a été faite bien souvent pour des opérations de gastrostomie, dans l'espoir de rendre la bouche artificielle continente : on n'y a jamais réussi ; il doit en être de même pour ce qui est de la colostomie.

Procédé de Roux, de Lausanne. — Quant au procédé de Roux, de Lausanne, il ne diffère des autres procédés en deux temps que par la situation différente qui est donnée à l'anus. Ce nouveau mode opératoire nous paraît multiplier les chances d'infection, et compliquer une opération d'une façon bien inutile, pour arriver à ce seul but, de pouvoir appliquer la pelote sur un plan résistant.

Comme on le voit, la plupart des procédés de colostomie employés ces derniers temps sont longs et compliqués.

Il est temps de présenter le procédé de la double ligature et d'en exposer la technique,

Nous pourrions ainsi facilement la comparer aux procédés déjà décrits et il nous sera aisé de rapprocher les résultats obtenus.

CHAPITRE IV

Technique du procédé de la double ligature

Le procédé de la double ligature doit être placé parmi les procédés en deux temps. Dans un premier temps, en effet, comme pour les procédés de Maydl, Reclus, Schwartz, etc., on fixe au dehors une anse intestinale et dans un deuxième temps, on ouvre cette anse ainsi herniée et fixée à la paroi.

Nous allons exposer en détail la technique employée par notre maître, M. le professeur agrégé Gangolphe, dans son procédé de colostomie.

1^{er} TEMPS

Le premier temps de cette opération peut se diviser en six parties bien distinctes.

1^o Incision classique de Littre sur le bord gauche de l'abdomen, au niveau présumé de l'S iliaque. On incise ainsi la peau, le tissu cellulaire, les aponévroses et les muscles jusqu'au péritoine. Ce dernier est sectionné ensuite sur la sonde cannelée.

L'incision ne doit pas être trop grande, elle ne doit guère dépasser de 6 à 8 c/m. Une incision plus longue expose, en effet, les malades à des phénomènes d'éventration.

2° L'S iliaque est recherchée et attirée au dehors. Il faut noter dans cette partie de l'opération quelques difficultés. On a souvent de la peine à refouler l'intestin grêle qui se présente après que l'on a incisé la péritoine et qui cache la portion de gros intestin que l'on veut amener au dehors.

La brièveté du méso-colon offre souvent aussi un obstacle sérieux à l'issue au dehors d'une anse de l'S iliaque.

Il faut, en pareil cas, attirer au dehors la première anse qui se présente, celle qui est située le plus près possible de la ligne d'incision pour ne pas s'exposer à déchirer le méso-colon.

D'autres fois, au contraire, le méso-colon est excessivement lâche et long ; l'intestin a, dans ce cas, une tendance naturelle à faire hernie au dehors de la plaie et les prolapsus ne sont pas rares chez les malades dont le méso-colon présente cette dernière particularité. On peut ainsi au moment de l'opération prévoir un prolapsus plus ou moins prononcé suivant le degré de relâchement du méso-colon, chez les malades que l'on opère.

3° Une anse de 6 à 8 c/m environ est ensuite attirée au dehors.

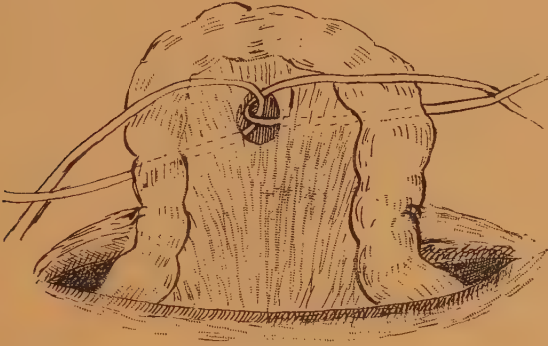
Une pince hémostatique très longue perfore le méso-colon à trois ou quatre millimètres de son insertion intestinale. On saisit, avec cette pince, un

gros fil de soie plié en double et on l'attire à travers le méso-colon.



4°) On sectionne le milieu du fil passé ainsi à travers le méso-colon. On entrecroise en chaîne les deux chefs de ce fil et on les lie chacun de leur côté, l'un à droite, l'autre à gauche, aussi fortement que possible, de manière à étrangler une anse au moins de cinq centimètres. Une bonne précaution, à ce moment, consiste à laisser les chefs du fil qui sert à pratiquer les ligatures, aussi longs que possible. Ils sont ensuite très utiles au deuxième temps opératoire, lorsqu'on veut ouvrir l'intestin. Si on a laissé

ces chefs trop courts, on éprouve de la difficulté à voir les points de l'intestin où portent les deux ligatures.



L'anse intestinale comprise entre les deux ligatures devient tendue, violacée, puis rapidement noirâtre et ne tarde pas à se sphacéler.



5°) Une collerette de sutures à la soie fine adosse alors la séreuse pariétale et la séreuse intestinale de chacun des deux bouts, de façon à empêcher le

retrait ultérieur de l'intestin et à fermer la cavité péritonéale.

Parfois, pour compléter celle-ci, on peut pratiquer un point ou deux sur les deux jambages de l'S. Bien entendu, ces sutures-collerettes se font à un travers de doigt au-dessus de la ligature. Il faut éviter soigneusement, surtout à ce moment, de blesser les veines contenues dans le méso-colon. On aurait, en effet, dans ce cas, de petites hémorrhagies qui gêneraient et allongeraient beaucoup la durée de l'opération.

Là, l'opération est, pour ainsi dire, terminée. Il ne reste plus qu'à réduire l'étendue de l'incision à l'espace juste nécessaire pour l'issue de l'anse. Pour cela, on pratique un plan de sutures péritonéales au catgut; on fait un autre plan de sutures à points séparés pour les muscles. On pose enfin quelques fils métalliques pour les sutures de la peau.

On entoure alors l'anse herniée d'une bandelette de gaze iodoformée et l'on fait un pansement à plat.

II^e TEMPS

L'ouverture et l'ablation de l'anse sphacélée sont pratiquées 48 heures plus tard, sans anesthésie.

La portion intestinale comprise entre les deux ligatures étant sphacélée, le malade n'éprouve, en effet, aucune douleur lorsqu'on ouvre cette anse au thermo-cautère.

On a, au préalable, enlevé la bandelette de gaze iodoformée.

On donne ensuite un coup de ciseau sur chaque ligature et on enlève les fils. En général, l'anse est noirâtre, elle contient des matières et un liquide brunâtre qui s'échappent quand on incise au thermo-cautère.



Intestin après incision au thermo-cautère. Les deux bouts sont très écartés pour bien montrer leur aspect après l'ouverture au 2^e temps opératoire. En réalité, les deux bouts après l'incision au thermo-cautère restent accolés à peu près.

En somme, le deuxième temps du procédé de la double ligature, est d'une extrême simplicité. Il n'occasionne aucune souffrance au malade qu'il est inutile d'endormir, et, pour celui-ci, l'ouverture de son intestin n'est pas une chose plus ennuyeuse que les pansements consécutifs.

Ce procédé de la double ligature offre de très grands avantages. Il assure l'indépendance absolue des deux bouts de l'intestin. Les matières ne peuvent plus passer du bout supérieur dans le bout inférieur.

C'est là une supériorité incontestable sur les procédés à éperon.

Les deux bouts étant fixés à la paroi les matières s'échappent librement par le bout supérieur et on peut pratiquer des lavages dans le bout inférieur pour le débarrasser des mucosités qui y sont contenues. C'est là un avantage sérieux sur le procédé du professeur Pollosson.

De plus, ce procédé est simple, rapide; on ouvre l'intestin 48 heures après avoir posé les ligatures, au lieu d'attendre quatorze jours pour laisser fonctionner le nouvel anus, comme dans le procédé de Maydl. On arrive au même résultat qu'avec le procédé de Schwartz, dans lequel on n'incise qu'au bout de huit jours et qui est d'une technique bien plus compliquée.

Enfin, le procédé de la double ligature a l'avantage commun à tous les procédés en deux temps. Il n'expose pas à l'infection et à la péritonite. Lorsqu'on ouvre, 48 heures après le premier temps opératoire, des adhérences ont eu le temps de se former et d'isoler la cavité péritonéale.

On peut même, à la rigueur, l'employer dans presque tous les cas, car il est bien rare de ne pouvoir disposer de 48 heures. Que le mauvais état général du malade ne lui permette pas de rester quatorze jours, huit jours même sans s'alimenter après un choc opératoire assez intense, c'est possible, mais il faut vraiment se trouver en présence de phénomènes bien graves et bien aigus pour ne pouvoir laisser un malade à la diète pendant 48 heures.

La grande objection qui a été faite à ce procédé

c'est d'exposer à des phénomènes d'occlusion tant que les ligatures sont en place.

M. le professeur Gangolphe nous a exprimé les craintes qu'il avait éprouvées à ce sujet dans ses premières colostomies. On pourrait, très vraisemblablement, craindre des phénomènes d'occlusion. Mais, en réalité, ces phénomènes ne se produisent pas. Certains malades ont bien ressenti des douleurs abdominales, quelques coliques, mais parfaitement supportables, et jamais on n'a pu constater aucun phénomène grave. L'objection est, d'ailleurs, tout à fait infirmée par ce seul fait que, dans une série de quinze opérations en deux ans, on n'a pu signaler aucun phénomène d'obstruction.

Et l'on ne verrait guère, somme toute, pourquoi les ligatures posées pendant 48 heures produiraient plus de gêne dans le cours des matières et exposeraient à des accidents plus graves que tous les médicaments opiacés, donnés pour les constiper, aux malades opérés par les autres procédés.

CHAPITRE V

Observations et Résultats

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

G..., Elisa, 58 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour néoplasme rectal, couchée au n° 2 de la salle Saint-Martin.

La colostomie iliaque est pratiquée le 18 décembre 1896. Anesthésie à l'éther. L'incision habituelle est faite, le colon est attiré à la plaie et lié avec un fil de soie. Une ouverture est faite à l'intestin, au-dessous de la ligature, du côté qui paraît être le bout inférieur. Une sonde de Nelaton est introduite et une injection d'eau est poussée, le liquide ressort par l'anus. La sonde est retirée.

Une deuxième ligature est faite au-dessous de l'ouverture, puis l'intestin est sectionné complètement, entre les deux ligatures, au thermo-cautère. Le bout inférieur est fixé à la plaie par quelques points séro-séreux; il en est de même pour le bout supérieur, avec cette différence, cependant, qu'il est fixé sur une certaine longueur, de façon à faire un cœcum.

Le 28 décembre, 48 heures plus tard, ouverture du bout supérieur.

Le 28 décembre, on constate, en faisant une injection d'eau par l'anus, que le liquide ressort par la plaie abdomi-

nale ; la ligature du bout inférieur est tombée après avoir sectionné l'intestin.

Le 8 janvier, on fait l'ablation du rectum cancéreux.

Le 12 février, la malade se lève tout en ayant encore besoin d'un petit pansement. Son anus iliaque fonctionne très bien ; elle ne se souille pas dans la journée et va chaque matin à la selle. Un simple tampon d'ouate suffit pour empêcher l'issue des matières.

Quelques jours plus tard, la malade est présentée par le docteur Gangolphe à la Société de Chirurgie ; elle part enfin chez elle pourvue d'une pelote-tampon pour obturer l'anus.

La santé est parfaite ; la malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

F..., Antoine, 33 ans, journalier, à La Table, (Savoie). Entré le 31 octobre 1896 à l'Hôtel-Dieu. Sorti le 11 janvier 1897. Rentré le 8 mai 1897 pour néoplasme et phénomènes d'occlusion intestinale.

On pratique un anus iliaque le 9 mai 1897. Rien de particulier à signaler dans l'opération. Le malade se trouve soulagé par cette opération.

L'anus artificiel fonctionne bien. On ne constate pas de prolapsus.

En juin 1897, les selles commencent à devenir moins fréquentes et plus régulières ; il y a une selle abondante tous les matins vers 6 heures.

L'état général du malade est mauvais ; le malade succombe à la cachexie cancéreuse le 25 juillet 1897.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

G..., Benoît, de Lyon, 50 ans, entre à l'hôpital le 13 septembre 1897 pour épithélioma anal. Le malade était couché au n° 9 de la salle Sainte-Marthe.

Le 18 septembre on pratique un anus iliaque par le procédé par la double ligature. L'opération est faite sans incidents particuliers à signaler.

Le malade éprouve du soulagement après l'opération.

Pas de phénomènes douloureux ou pénibles pendant que les ligatures ont été en place. Pas de prolapsus. Bon fonctionnement iliaque. Cachexie. Décédé

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

P., Jean, 68 ans, entré le 27 septembre 1897 à l'Hôtel-Dieu, pour épithélioma anal. Couché au n° 20 de la salle Sainte-Marthe. Colostomie par le procédé de la double ligature. Bons résultats, pas de complications. Le nouvel anus fonctionne bien et à peu près régulièrement.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

P..., Antoine-Pierre, entré le 17 août 1898 à l'Hôtel-Dieu pour néoplasme rectal. Couché au lit n° 1, salle Sainte-Marthe. Colostomie le 20 août. L'anus iliaque fonctionne bien. Le malade est soulagé. Pas de prolapsus, ni d'événement. Cachexie cancéreuse. Décédé.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

M..., Pierre, 60 ans, cultivateur, entré le 17 septembre 1897. Néoplasme rectal. Colostomie. Soulagement immédiat. Bon fonctionnement de l'anus artificiel.

Pas de prolapsus. Les matières passent bien en totalité par le bout supérieur. On fait des lavages du bout inférieur.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

L... entre à l'Hôtel-Dieu le 9 décembre 1897, n° 21, salle Sainte-Marthe. A l'entrée, on constate chez ce malade des douleurs très vives, des coliques violentes. Ce qui domine la scène c'est l'incontinence.

Le malade ne peut retenir ses matières qui sont toujours diarrhéiques. La plupart du temps elles sont sanguinolentes. Au toucher rectal, on trouve, à 3 ou 4 centimètres de l'anus, une virolé néoplasique très élevée, surtout en avant. Le calibre du rectum est rétréci. Ganglions inguinaux déjà volumineux. Cachexie. On décide de pratiquer la colostomie.

Cette opération est faite le 6 janvier 1898.

Le 8 janvier on ouvre l'anse sphacélée comprise entre les deux ligatures. Du 6 au 8 janvier on note quelques légères coliques.

Le 10 janvier, pansement. Le lambeau a cédé, on trouve des matières fécales.

Le 12 janvier, le malade se trouve bien soulagé. Les douleurs abdominales ont disparu. Le malade n'a plus la sensation de tension abdominale qu'il éprouvait auparavant. Les douleurs anales ont cessé. Plus de sensation de brûlure réveillée par la présence des gaz intestinaux comme avant l'opération.

24 janvier. — Les matières sont expulsées régulièrement par l'anus iliaque. La défécation est à présent très bien réglée. L'évacuation se fait en général vers le matin à 5 heures, à moins qu'un changement notable n'ait eu lieu dans l'heure du repas du soir. Le malade se sent capable de reprendre ses occupations.

L'ablation du néoplasme rectal a été pratiquée après la colostomie. Le malade a été présenté à la Société de Chirurgie au mois d'avril 1898 par M. le professeur Gangolphe. A

cette date, le malade était dans un état aussi satisfaisant que possible. Il a quitté l'Hôtel-Dieu fin avril 1898 très satisfait de son opération.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance du Dr Albertin, chirurgien des Hôpitaux)

X... Jean, âgé de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Carnot, n° 12, en avril 1898 pour un néoplasme du rectum. La lésion paraît avoir évolué lentement puisque le malade a présenté des troubles il y'a deux ans déjà. Actuellement le néoplasme occupe l'extrémité inférieure du rectum sur tout le pourtour et on atteint avec peine la limite supérieure. On décide de lui faire un anus iliaque par le procédé de la double ligature.

Après avoir incisé la paroi abdominale au lieu d'élection à gauche, on attire l'anse du gros intestin qui est très mobile. On l'attire suffisamment pour que les portions resserrées par l'incision abdominale s'adosent bien en canon de fusil. Quelques points de sutures séro-séreuses fixent le pourtour de l'intestin au pourtour de l'orifice péritonéal et on applique deux ligatures, de façon à retrancher la portion attirée hors de l'abdomen. Deux jours après, les ligatures tombaient avec la portion intestinale mortifiée et l'anus contre nature s'établissait facilement.

Plus tard on a noté une hernie assez considérable de la muqueuse contre laquelle on a lutté efficacement en pratiquant des cautérisations ignées radiées sur l'orifice de l'anus iliaque.

Le malade n'a pas présenté de phénomènes d'occlusion pendant le maintien en place de la double ligature.

Trois semaines après, l'anus iliaque fonctionnant avec régularité, le malade fut confié au Dr Durand qui pratiqua l'ablation du néoplasme rectal. Ce malade va actuellement très bien (juin 1899).

Il a été présenté en mars par M. Durand à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

M... Justin, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 mars 1898. On constate à ce moment chez le malade une masse bourgeonnante occupant à peu près toute la lumière du rectum. Le malade ressent de violentes coliques. Il a des douleurs continues avec des phénomènes d'irradiation dans les membres inférieurs et dans le pénis, suivant l'axe de l'urèthre. Besoins fréquents d'aller à la selle. La station debout est impossible car elle est le point de départ de besoins impérieux. La défécation est très douloureuse. Selles sanguinolentes.

L'état général n'est pas très bon. Le malade maigrit.

On décide la colostomie.

Le 8 novembre 1898, on la pratique.

Le 12 novembre on constate une disparition presque complète de la douleur. Le soulagement persiste ainsi pendant tout le mois de novembre.

Le 10 janvier 1899, on note de nouvelles douleurs dues au néoplasme rectal qu'on n'a pas enlevé, car il est inopérable. Mais l'anus iliaque fonctionne très bien et n'est nullement douloureux.

Le 20 janvier les selles sont devenues plus régulières. Il n'y a généralement pas d'évacuation dans la journée, il y a une selle abondante le matin, vers 5 ou 6 heures. Le malade se trouve bien soulagé, il s'alimente mieux, l'état général est bien meilleur qu'avant l'opération.

Ce malade est toujours à l'Hôtel-Dieu, au n° 3 de la salle St-Marthe. Depuis un an le malade a une vie supportable, exempte de douleurs vives comme il en éprouvait avant la colostomie et on ne l'a pas cependant débarrassé de son néoplasme.

Voilà un bon exemple pour prouver que la colostomie vaut bien la peine d'être pratiquée comme opération purement palliative; elle peut toujours permettre une survie quelquefois longue, comme on le voit.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.)

B..., Georges, commis-voyageur à Lyon, 39 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu, le 10 janvier 1899. Couché au lit 21 de la salle Ste-Marthe. Le malade, à son entrée à l'hôpital, éprouve des douleurs atroces pendant la défécation, il a des selles sanguinolentes et demande à être débarrassé de ses souffrances à tout prix. Le toucher rectal révèle une masse bourgeonnante assez étendue en longueur, qui retrécit considérablement le calibre du rectum.

On décide de pratiquer la colostomie.

Le 21 janvier 1899 on crée un anus iliaque, par le procédé de la double ligature.

On ne constate aucune douleur, pas de vomissements entre l'opération de la ligature et l'ouverture de l'anse sphacélée au thermo-cautère. Le malade accuse un soulagement considérable.

Le 25 janvier le malade est toujours satisfait de son opération. Mais les selles sont très irrégulières, les évacuations ont lieu un peu à toute heure de la journée.

Le 30 janvier le malade, qui se sert d'une pelote-tampon, éprouve quelques douleurs, au niveau de l'anus iliaque, sur le point où se fait la pression. Le tissu cicatriciel n'est pas encore suffisamment résistant. Ces douleurs diminuent chaque jour; le 15 février elles disparaissent.

Le 5 février le malade, dont l'état général est excellent n'a pas encore de selles régulières.

Le 20 février on fait l'ablation de la tumeur rectale.

Rien de nouveau à noter au niveau de l'anús iliaque.

Le 10 avril le malade a des selles beaucoup plus régulières. Les évacuations ont lieu, à peu près deux fois par jour, il y a une grande amélioration.

Le 6 mai le malade a des selles tout à fait régulières. Une selle abondante le matin, à 6 h., et quelquefois une autre dans l'après-midi.

Le 15 mai on note qu'à l'anús iliaque le bout supérieur conserve bien son calibre normal et fonctionne bien.

Il n'y a pas trace de rétrécissement. Le bout inférieur semble atrophié, diminué de volume, son calibre s'est rétréci. Il est refoulé dans le fond de l'ouverture iliaque, et il est séparé du bout supérieur par une bride cicatricielle qui empêche toute communication entre l'un et l'autre bout ; les matières ne peuvent donc pas passer dans le bout inférieur.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, bien guéri, le 18 mai. L'examen histologique de la tumeur rectale a été fait, à la Faculté de Médecine, par M. le professeur agrégé Paviot. Il est très difficile de se prononcer sur la nature exacte de cette tumeur, mais elle n'est, en tout cas, pas de nature cancéreuse.

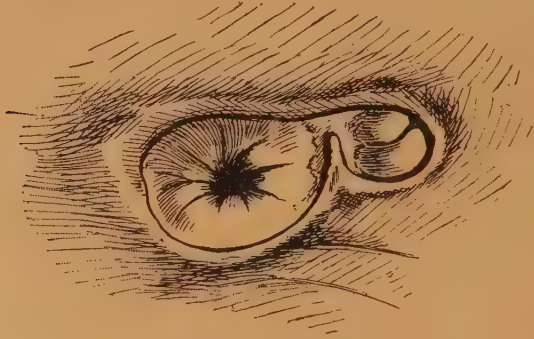
Voilà donc un homme, jeune encore, âgé de 39 ans seulement, qui pourra rester porteur de son anus iliaque, de longues années encore. Son état général est excellent.

Nous avons souvent revu ce malade depuis sa sortie de l'hôpital. Il a repris ses occupations et nous a dit ne pas être trop incommodé par son infirmité. Il mène la même vie qu'avant son opération, il voyage, marche beaucoup, mène, somme toute, une vie assez active. Il nous a raconté qu'il allait au théâtre, jouait aux boules, (ce dernier exercice est assez violent) sans éprouver la moindre gêne.

Bien entendu, chez ce malade nous n'avons jamais eu de prolapsus, ni de complications.

Nous reproduisons un schéma de son anus iliaque pour montrer la bride cicatricielle qui sépare nettement, chez lui, les deux portions de l'intestin, le bout supérieur et le bout

inférieur. Le bout supérieur est plus volumineux que le bout inférieur. Ce dernier est en voie d'atrophie tout en étant encore perméable pour admettre une canule, dans le but de faire des lavages.



OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe)

D..., Antoinette, propriétaire à Charlieu (Loire), entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 janvier 1899. Elle est couchée au lit numéro 27 de la salle Saint-Martin.

A son entrée dans le service du professeur Gangolphe on constate une tumeur rectale assez volumineuse datant de 8 mois. La malade éprouve une grande difficulté pour aller à la selle. — Les fèces sont dures et sanguinolentes. Au bout de quelques jours les selles deviennent franchement hémorragiques. La masse bourgeonnante qui obstrue le rectum est située à 4 cent. environ du pourtour anal ; son épaisseur est de 1 cent. environ.

La colostomie est décidé. On la pratique le 8 février 1899.

Par la plaie cutanée abdominale, pendant l'opération, le colon fait saillie au dehors sous forme d'un bourrelet rougeâtre et permanent. On est en présence d'un méso-colon très long et très relâché qui prédispose la malade au prolapsus.

Le 12 février. — La malade se trouve très soulagée. On n'a pas constaté de phénomènes d'occlusion dans les deux jours où les ligatures sont restées en place.

Le 25 février. — Les selles sont encore irrégulières.

Le 30 février. — On pratique l'ablation du néoplasme rectal

Le 10 mars. — Les selles sont un peu plus régulières. On note un léger degré de prolapsus de la muqueuse intestinale au niveau de l'anus iliaque.

Le 15 mars. — Les selles sont bien réglées. Une selle abondante le matin. — Toujours un certain degré de prolapsus.

Le 10 avril. — L'anus iliaque fonctionne toujours bien. Le prolapsus est moins prononcé, mais il existe toujours cependant.

Le 25 avril. — L'état général est excellent. Le prolapsus n'est plus aussi marqué. Il n'est pas permanent, il est surtout marqué au moment du passage des matières, sans être toutefois trop prononcé. La malade porte une pelote-tampon et commence à circuler dans l'Hôtel-Dieu.

Elle reste encore quelques jours à l'hôpital et part chez elle, le 8 mai 1899, très satisfaite et guérie.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.)

B..., Simon, 32 ans, marié, comptable à Vienne (Isère). Entre à l'Hôtel-Dieu, le 2 avril 1899, couché au lit n° 19 de la salle Sainte-Marthe. A son entrée le malade a de violentes douleurs abdominales, il a des selles diarrhéiques et sanguinolentes. Le toucher rectal dénote la présence d'une tumeur rectale qui rétrécit beaucoup le calibre de l'intestin.

Le 6 avril. — On pratique la colostomie.

Le 8 avril on ouvre au thermo-cautère. On n'a pas constaté, les 6 et le 7 avril, de vomissements, ni de douleurs abdominales.

Le 10 avril. — Le soulagement, qui a été presque immédiat après l'opération, persiste. L'anus iliaque fonctionne très bien.

Le 20 avril on pratique l'ablation de la tumeur rectale.

Le 9 mai. — Le malade se lève pour la première fois. Les selles ne sont pas encore bien régulières.

Le 20 mai. — Les évacuations se font plus régulièrement. Le malade a une selle abondante le matin et, parfois mais rarement, une deuxième dans l'après-midi.

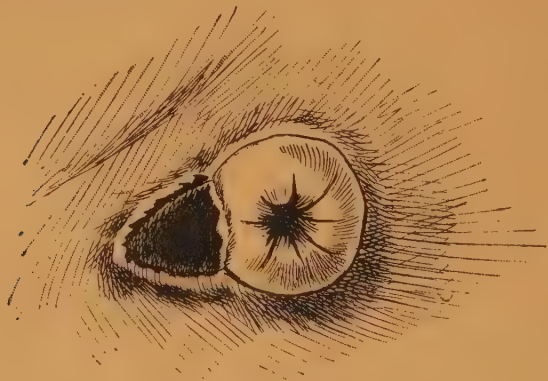
L'état général est bon.

Chez ce malade le bout inférieur est plus gros que le bout supérieur, mais les deux orifices intestinaux sont nettement indépendants. Les matières ne peuvent absolument pas passer de l'un dans l'autre. On pratique des lavages dans le bout inférieur. Pas de prolapsus ni d'éventration.

Le malade quitte l'hôpital, à la fin du mois de juin, dans un état de santé générale excellente ; il est très satisfait du résultat donné par les opérations. Nous reproduisons le schéma de son anus iliaque. M. le professeur Gangolphe a revu ce malade le 10 novembre dernier dans un état de santé parfaite.

L'anus iliaque fonctionne très bien. Point de complications.

Chez ce malade le bout inférieur est plus volumineux que le bout supérieur. On ne constate pas encore de trainée épidermique séparant les 2 bouts. Le schéma a été fait 2 mois seulement après l'opération, Toutes les matières passent bien par le bout supérieur.



OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.)

Vicomtesse de F..., 52 ans, de Montélimar, souffrait d'une tumeur rectale depuis 6 mois environ. Elle entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 10 mai 1899.

Salle particulière.

A l'entrée à l'hôpital on constate une tumeur rectale volumineuse obstruant presque tout le calibre de l'intestin. Selles sanguinolentes. Douleurs insupportables.

La colostomie est pratiquée le 12 mai 1899.

Le 14 mai ouverture, au thermo-cautère, de l'anse sphacélée. Soulagement immédiat.

Le 25 mai, l'anus iliaque fonctionne très bien. Rien à signaler, aucune complication de ce côté.

Les ganglions inguinaux étant volumineux et le néoplasme rectal très étendu, on ne pratique pas l'extirpation de la tumeur rectale.

La malade quitte l'Hôtel-Dieu, à la fin du mois de mai, très soulagée par la colostomie.

L'anus artificiel fonctionne très bien, mais les phénomènes de généralisation cancéreuse arrivent.

La malade n'a pas un bon état général.

Le 10 août 1899 nous apprenons que la malade se promène dans sa propriété, dans les environs de Montélimar. Les souffrances ne sont donc pas intolérables comme avant l'opération. Il y a un mieux incontestable au point de vue de la douleur, mais des irradiations commencent à se faire ayant pour point de départ le néoplasme rectal. L'anus artificiel fonctionne toujours bien au mois d'août. On ne note aucun prolapsus. Les deux bouts inférieur et supérieur sont bien séparés. On fait des lavages dans le bout inférieur qui communique toujours avec le rectum, la lumière de cette portion intestinale n'étant pas complètement obstruée par la tumeur.

La malade succombe dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1899. Les phénomènes de généralisation cancéreuse ont suivi une marche très rapide. Il n'est pas douteux, cependant, que la malade a profité de la colostomie par une atténuation des douleurs violentes qu'elle éprouvait depuis longtemps et par une survie de 7 mois.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.)

P..., Marie, 59 ans, de Cluny (Saône-et-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1899. Couchée au n° 23 de la salle St-Martin. A l'entrée, douleurs abdominales, exaspérées pendant la défécation. Selles diarrhéiques et sanguinolentes. Au toucher rectal on sent une tumeur étendue.

Colostomie le 17 juin 1899 par procédé de la double ligature. Le 19 juin, ouverture au thermo-cautère.

Pas de nausées ni de vomissements du 17 au 19.

Quelques coliques.

Le 20 soulagement incontestable.

L'anus artificiel a fonctionné, pour la première fois, le 25 juin. Pas de prolapsus, aucune complication.

Le 5 juillet extirpation de la tumeur rectale.

Infection 2 jours après. Mort 3 jours après cette opération.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Siraud.)

V..., Auguste, passementier, à la Seauve (Haute-Loire), 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 septembre 1899. Couché au lit n° 18 de la salle Ste-Marthe.

A l'entrée à l'hôpital le malade se plaint d'avoir des selles sanguinolentes et douloureuses, avec alternation de diarrhée et de constipation. Besoins fréquents d'aller à la selle. Le malade est très amaigri. Il a quelques troubles de la miction. On constate des ganglions bilatéraux dans les aines et à la région lombaire. L'anus est envahi par une tumeur épithéliale étendue en surface. Cette tumeur remonte assez haut dans le rectum.

Colostomie le 1^{er} octobre. — Soulagement des douleurs. Coliques assez fortes, mais supportables, du 1^{er} au 3 octobre, jour de l'ouverture de l'anus au thermo-cautère. Pas de phé-

nomènes graves. Etat général plus satisfaisant depuis l'opération. L'anus iliaque fonctionne très bien. Pas de complication, ni de douleur au niveau de l'anus artificiel. Les deux bouts sont bien séparés. On fait des lavages du bout inférieur pour le débarrasser des mucosités qu'il contient.

Nous avons montré à présent les nombreux avantages du procédé de la double ligature. Il nous reste à établir les résultats éloignés de l'opération c'est-à-dire :

- 1^o Quelle est la durée de la survie chez les opérés.
- 2^o Quels sont les résultats fonctionnels obtenus.

Pour ce qui est de la survie des opérés, nous avons deux cas à envisager, ceux où l'on peut faire suivre la colostomie de l'ablation totale de la tumeur rectale et ceux où la colostomie seule a pu être pratiquée, le néoplasme étant inopérable à cause de son étendue et des phénomènes plus ou moins rapides de généralisation.

Dans le premier cas, lorsque l'opération de Kraske a pu compléter l'œuvre d'une colostomie préalable par la double ligature, on a obtenu des résultats très satisfaisants.

Sur six opérés de l'année 1899 qui ont subies deux opérations sus-indiquées, il n'y eu qu'un insuccès dû à l'infection et ne pouvant à la rigueur entrer ici en ligne de compte.

Sur les cinq autres nous avons des survies très appréciables.

L... (Obs. I), le premier malade présenté à la Soc. de Chirurgie de Lyon par M. Gangolphe est parti

guéri en 1897 et actuellement est encore en bonne santé.

B... (Obs. X), le commis-voyageur qui a été opéré mais dont la tumeur n'était pas d'origine cancéreuse jouit d'une santé excellente et pourra pendant de longues années apprécier les services rendus par son anus artificiel.

D..., Antoinette (Obs. XI), est parti guérie de l'hôpital il y a six mois. J'ai reçu il y a quelques jours de ses nouvelles: elle est en excellente santé, ne souffre nullement et son infirmité commence à la gêner beaucoup moins. Elle fait son ouvrage de ménagère comme avant l'opération sans être en aucune façon incommodée. M. Gangolphe a eu de ses nouvelles il y a quelques jours, son état de santé est excellent. Pas de complications (nov. 99).

B... (Obs. XII) a quitté l'Hôtel-Dieu il y a cinq mois. Il m'a fait aussi parvenir de ses nouvelles ces jours derniers. Il est très satisfait de son état, ne souffre pas et a repris toutes ses occupations. Les évacuations se font très régulièrement ce qui lui permet de mener la vie ordinaire sans être en rien gêné.

J.. (Obs. VIII), le malade de M. Albertin présenté par M. Durand à la Société de Chirurgie, jouissait d'une excellente santé quatre mois après l'opération. Il est encore en bonne santé, ne souffre pas et a repris son métier.

Parmi tous les autres malades opérés de colostomie simplement, dont le néoplasme n'a pu être extirpé, les survies sont moins longues, les résultats moins brillants mais appréciables cependant.

Nous n'en voulons pour preuve que l'exemple bien convaincant du malade qui a fait l'objet de notre observation IX.

Le malade est opéré de colostomie depuis le 8 novembre 1898, il y a un peu plus d'un an. Il est toujours à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe. Son état général est excellent, la défécation se fait régulièrement et sans souffrances. Le malade n'accuse que quelques douleurs provenant du néoplasme rectal qui bourgeoonne et gagne en étendue. Mais le malade s'alimente bien et il lutte depuis un an contre la cachexie cancéreuse. Tout nous porte à croire que cette lutte continuera encore assez longtemps car le malade possède actuellement un état général des plus satisfaisants.

Parmi les autres malades, opérés simplement de colostomie, que nous avons pu suivre ces derniers temps, nous avons constaté que les survies atteignaient une moyenne de six à huit mois.

La malade de l'observation XIII a obtenu, avec la colostomie, une survie de sept mois et a vu ses souffrances bien atténuées pendant cette période; c'est là, croyons-nous, un résultat qui n'est pas à dédaigner, quand il est impossible d'obtenir mieux.

Les résultats obtenus avec le procédé de la double ligature ne le cèdent en rien à tous ceux cités dans les diverses statistiques.

Nous trouvons, dans la thèse de Lehmann, que le professeur Czerny, sur quarante cas, a eu des survies de un mois, deux mois, quatre mois, six mois, un an, avec moyenne de prolongation de la vie de neuf mois.

Mais, dans cette statistique, on ne fait pas la même distinction que nous entre les malades. On ne dit pas, pour chacun, si le néoplasme a été enlevé, ou si la dérivation seule du cours des matières a été pratiqué.

Les résultats fonctionnels obtenus avec le procédé de la double ligature sont supérieurs à tous ceux obtenus par les autres procédés.

Dans quinze opérations on n'a jamais observé aucun rétrécissement, aucune éventration, aucun phénomène douloureux.

Il n'y a à citer qu'un seul prolapsus, très peu accentué, du reste. Cette complication doit être mise, comme nous l'avons expliqué, sur le compte de l'état particulier de laxité du méso-colon de la malade.

CONCLUSIONS

I° La colostomie iliaque, envisagée dans ses applications à la thérapeutique du cancer ou des rétrécissements graves du rectum, est usitée, tantôt comme opération purement palliative, tantôt comme premier temps d'une opération complète : l'extirpation de la lésion.

II° Dans l'un et l'autre cas, la création de l'anūs iliaque a pour but de donner issue à la totalité des matières, l'isolement fonctionnel du bout inférieur étant définitif.

« Un anus iliaque vaut mieux qu'un anus sacré ou périnéal établi après l'extirpation d'un cancer du rectum » (Gangolphe).

III° De nombreux procédés de colostomie ont été imaginés et mis en pratique ; on peut leur reprocher souvent l'événtration, le rétrécissement du bout supérieur, le prolapsus de la muqueuse, et surtout l'in-

suffisance de l'isolement du bout inférieur, qui permet le passage des matières.

IV° C'est pour parer à ces inconvénients que M. Gangolphe a imaginé la colostomie par double ligature.

Dans un premier temps, le chirurgien attire au dehors une anse iliaque et l'étrangle par une double ligature en chaîne ; il l'isole de la cavité péritonéale au moyen de sutures séro-séreuses, unissant péritoine pariétal et péritoine viscéral.

Dans un second temps, sans anesthésie, 48 heures plus tard, on incise au thermo-cautère l'anse sphacélée et les deux ligatures. Quinze opérations ont donné quinze succès.

Au point de vue fonctionnel on peut dire que les résultats ont été extrêmement satisfaisants par l'absence de prolapsus, d'éventrations par l'isolement absolu du bout inférieur et par la régularité des selles.

L'anus obtenu par le procédé de la double ligature est situé tout à fait à fleur de peau. Il est formé de deux portions bien distinctes, bout supérieur et bout inférieur, ce dernier, généralement de dimension moindre. Les deux bouts sont, le plus souvent, séparés par une traînée cicatricielle, et on ne saurait mieux les décrire, qu'en les comparant aux canons accolés d'un fusil à deux coups.

V° Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, nous n'avons observé que des accidents insignifiants d'occlusion, pendant les 48 premières heures.

Tout s'est borné à quelques coliques, jamais de vomissements.

Ce procédé, qui paraît répondre à tous les desiderata, n'est évidemment pas applicable dans les cas d'extrême urgence, où l'on ne peut attendre deux jours.

VU :

Le président de la Thèse,

OLLIER.

VU :

Pour le Doyen, l'assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSKI. — Thèse de Paris, 1891.
AUDRY. — *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris 1892.
BURCKARDT. — *Presse Médicale*, avril 1896.
BUCHOT. — Thèse de Paris, 1885.
CHALOT. — *Traité de médecine opératoire*.
CLAROT. — Thèse de Paris 1890.
DESGUIN. — *Annales Soc. belge de Chirurgie*, mai 1893.
DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
DURAND. — *Bull. de la Soc. de Chirurg. de Lyon*, avril 1898.
GANGOLPHE. — *Bull. de la Soc. de Chirurg.*, Lyon, juillet 1897.
JEANNEL. — *Archiv. provinc. Chirurg.*, n° 2, 1894.
LABORDÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1891.
LAGUAITE. — Thèse de Lyon, 1884.
LEHMANN. — Thèse de Heildeberg, 1897.
MAYDL. — *Centrallbatt für Chirurgie*, 1888.
Mlle VON MAYER. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, janvier 1898.
MOLINIÉ. — Thèse de Montpellier, 1888.
RECLUS. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1890.

